DISSERTATION

N° 191.

SUR LES CAUSES QUI EXIGENT

L'OPÉRATION CÉSARIENNE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 août 1816, pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie,

PAR A. N. MARCHAND, de Nantes,

Département de la Loire-Inférieure;

Elève de l'Ecole pratique; Prevôt de M. *Danyau*, professeur d'accouchemens, des maladies des Femmes et des Enfans; Bachelier ès-Lettres.

Occasio præceps.
HIPP., aph. 1.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1816.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, DOYEN.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU, *Examinateur.*
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN, *Examinateur.*
M. DESORMEAUX, *Président.*
M. DUPUYTREN, *Examinateur.*
M. MOREAU, *Examinateur.*
M. ROYER-COLLARD.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

A

MONSIEUR DANYAU,

Docteur en Médecine ; Professeur de l'art des accouchemens, des maladies des Femmes et des Enfans.

A. N. MARCHAND.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0007vari_r1j8

DISSERTATION

SUR LES CAUSES QUI EXIGENT

L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

Toutes les fois qu'un obstacle rend impossible le passage du fœtus par les voies ordinaires, la mère et l'enfant sont dans un danger imminent de perdre la vie, si l'art ne vient à leur secours : il ne reste d'autre ressource que d'ouvrir une nouvelle issue par laquelle on puisse terminer l'accouchement; l'incision que l'on fait pour cela se nomme *opération césarienne.*

On a donné le nom d'*opération césarienne abdominale* à la section qui se fait au-dessus du pubis; lorsque l'incision de l'utérus se fait par le vagin, elle est appelée *opération césarienne vaginale.*

Histoire de l'Opération césarienne.

Nous ne savons pas à quelle époque cette opération a été faite pour la première fois, ni quel est le nom de son inventeur; son origine paraît remonter jusqu'à la plus haute antiquité. *Esculape* fut retiré du ventre de sa mère par une incision qu'y fit *Apollon*. *Lycas*, dont parle *Virgile*, vint au jour de la même manière. Les premiers rois de Rome promulguèrent une loi par laquelle il était défendu d'enterrer les femmes qui périssent pendant leur grossesse, avant de leur avoir tiré l'enfant par l'opération; cette loi fut nommée la *loi royale* (*lex regia*); ceux qui vinrent au monde de cette manière ont été surnommés *Cæ-*

sares ou *Cæsones* par les auteurs qui en parlent; tels furent *Scipion l'Africain*, *Manilius* qui entra dans Carthage à la tête de l'armée romaine, le consul *Cæso Fabius*, et le premier de la famille des Césars, *primusque Cæsarum à cæso matris utero dictus.* Quelques-uns disent que, dans ce passage, *Pline* a voulu parler de *Jules-César;* mais *Zonaras* et *Bayle* affirment le contraire. Nous savons en effet que cette opération ne se pratiquait à Rome que sur des femmes mortes; or, *Suétone* rapporte qu'*Aurélia*, mère de *Jules-César*, vivait encore quand son fils alla porter la guerre aux Bretons.

Ce ne fut qu'au commencement du seizième siècle qu'on osa pratiquer l'opération césarienne sur des femmes vivantes. *Gaspard Bauhin* pense qu'elle fut faite la première fois par un nommé *Jacques Nufer*, châtreur au village de Sigershausen. Sa femme, *Elisabeth Alespachin*, était en travail depuis plusieurs jours; après que l'on eut fait inutilement plusieurs tentatives pour l'accoucher, il lui proposa une opération à laquelle elle voulut bien se soumettre. Ayant obtenu la permission du juge de l'endroit, il plaça sa femme sur une table, lui fit une incision au bas-ventre, ouvrit l'utérus, en retira l'enfant, plaça quelques points de suture, et la plaie se réunit heureusement. Depuis cette femme est accouchée de deux enfans.

Cette opération, qui tient pour ainsi dire du prodige, a dû causer aux chirurgiens plus d'admiration que d'enthousiasme. Aussi *Ambroise Paré*, qui l'avait vu faire sans succès, en fit une critique très-vive : il pense qu'on ne doit jamais se hasarder à la pratiquer : « Et « partant je ne conseilleray jamais de faire telle œuure, où il y a si « grand péril, sans nul espoir, en parlant humainement. »

Cependant *Roussel* fit imprimer, en 1581, son Traité nouveau de l'Hystéromotokie, ou Enfantement césarien, dans lequel il s'efforça de démontrer, par des raisonnemens, et surtout par l'expérience, que ce moyen hardi de tirer l'enfant hors du viscère qui allait devenir son tombeau, pouvait être exécuté avec succès sur la femme vivante. Un an après, cet ouvrage fut traduit en latin par *Gaspard Bauhin*, qui y ajouta plusieurs observations.

Une discussion très-vive s'éleva, en 1590, entre *Rousset* et *Marchant*, chirurgien juré de Paris. Les *déclamations* de ce dernier, et quelques mauvais succès qu'eut alors l'hystéromotokie, la discréditèrent beaucoup. *Guillemeau*, *Mauriceau*, *Dionis*, *Rolfincius*, *Hornius*, *Solingen* voulurent la bannir de la chirurgie, et traitèrent de mensonges tous les exemples de réussite qu'on avait publiés. D'un autre côté, *Sennert*, *Fabrice de Hilden*, *Fienus*, *Scultet*, *Mercurial*, *Roonhuysen*, *Rulleau*, *Lankisch*, *Lamotte* et plusieurs autres attestent qu'elle a été faite avec succès. *Simon*, *Weidmann*, et, après eux, *Baudelocque*, ont recueilli un grand nombre d'observations qui ne permettent pas de douter de l'utilité de cette opération.

Ce qui contribua à faire rejeter l'opération césarienne par plusieurs chirurgiens, ce fut une décision de la Sorbonne, qui la déclara illicite ; mais on peut opposer à la Faculté de Paris plusieurs théologiens respectables qui ont approuvé les ouvrages d'*Heister* et de *Cangiamila*.

Plusieurs accoucheurs voulaient qu'au lieu de faire cette opération, on tuât l'enfant dans l'utérus, pour le retirer ensuite par morceaux ; ils s'appuyaient sur ce passage de *Tertullien* : « *Atquin et in ipso adhuc utero trucidatur, necessariâ crudelitate, quum in exitu obliquus denegat partum, matricida ni moriturus.* » (Ch. 13, liv. *de l'âme.*) La sacrifice de l'enfant est-il donc un garant de vie pour la mère ? Ne fait-on pas tous les jours des opérations aussi dangereuses que l'hystéromotokie ? Dailleurs on n'a pas toujours la ressource de pouvoir tuer l'enfant ; cela devient impossible lorsque, par exemple, l'utérus fait hernie par l'anneau inguinal. Faudra-t-il donc attendre que la mère ait succombé pour porter à l'enfant des secours peut-être trop tardifs ? Non, sans doute, puisque le but du chirurgien est de conserver tout être confié à ses soins ; qu'il pratique donc, lorsque la voie naturelle ne peut permettre l'accouchement, une issue à l'enfant, qui le mette, ainsi que sa mère, à l'abri du péril qui les menaçait.

Examen des causes qui exigent l'Opération césarienne.

Malgré les nombreux succès obtenus par l'opération césarienne, on ne peut pas se dissimuler qu'elle entraîne avec elle de grands dangers; ce serait une chose ridicule et cruelle que d'y exposer une femme vivante lorsqu'il reste encore des ressources moins terribles; mais ce serait un crime que de ne pas la faire, lorsqu'après la mort de de la mère, elle est nécessaire pour sauver la vie de l'enfant. C'est pourquoi plusieurs chirurgiens se sont appliqués à déterminer les circonstances qui permettent d'employer d'autres moyens, et celles qui rendent l'opération indispensable. Nous allons examiner successivement toutes les causes qui exigent cette dernière ressource d'un art conservateur.

1.° *Après la mort de la mère.*

Un grand nombre d'observations ayant prouvé que le fœtus peut exister quelques instans après la mort de sa mère, lorsqu'elle a été victime d'un accident, ou qu'elle a succombé à une maladie aiguë, on peut espérer de l'avoir vivant, si on le retire promptement.

Tous les médecins conviennent que l'opération césarienne doit être pratiquée sur les femmes enceintes qui viennent de mourir. Celui qui néglige de faire cette opération, ou qui s'oppose à ce qu'on la fasse, doit être regardé comme homicide; car on est coupable du mal qu'on pouvait empêcher, et auquel on ne s'est point opposé. Quoi de plus horrible que d'ensevelir un enfant vivant dans les entrailles d'un cadavre ! Chez les Romains, un pareil crime était puni de mort. « *Jurisconsulti eum necis damnant qui gravidam sepelierit,* « *non priùs extracto fœtu, quòd spem animantis cum gravida* « *peremisse videatur.* » (Dig. l. XI, t. 8.)

En 1749, Charles, roi des Deux Siciles, ordonna que toute personne qui, par ruse, par force ou par négligence, empêcherait ou

retarderait l'opération césarienne, au péril du fœtus, serait regardée comme coupable d'homicide.

Enfin, ce ne sont pas seulement les institutions humaines, c'est la religion elle-même qui nous commande d'extraire l'enfant; car, en supposant qu'il fût trop faible pour jouir de la vie, il pourrait au moins recevoir l'eau lustrale.

Lors donc qu'une femme enceinte sera sur le point de mourir, l'accoucheur fera préparer toutes les choses nécessaires à l'opération, et aussitôt que la mère aura expiré, il s'empressera d'extraire l'enfant. Les exemples de ceux qui sont venus vivans au bout d'une heure ou deux sont trop rares pour qu'ils puissent autoriser le moindre retard. Il faut en agir ainsi lors même qu'on n'a aucune certitude de la vie de l'enfant. Il vaut mieux ouvrir infructueusement un grand nombre de femmes, puisqu'il n'y a aucun danger pour elles, que de s'exposer à perdre un seul enfant pour avoir négligé d'opérer ou ne l'avoir pas fait à temps.

Le conseil donné par quelques-uns d'ouvrir le ventre de la mère avant qu'elle ait cessé de vivre, me paraît barbare; je ne pense pas qu'il faille le suivre, puisque, pour prix de tant de douleurs, on ne retirerait peut-être qu'un cadavre.

Les signes qui nous donnent la certitude de la mort n'arrivent que quelque temps après qu'elle a lieu; c'est pourquoi une forte syncope, un état d'asphyxie peuvent en imposer au premier moment et faire croire à une mort réelle. *Peu*, célèbre accoucheur de Paris, avoue que, pratiquant cette opération sur une femme grosse, de la mort de laquelle il croyait s'être assuré, il reconnut qu'il s'était trompé, dès que l'instrument commença à pénétrer. Les exemples de mort apparente sont rares; cependant, puisque les circonstances nous forcent à agir de suite, il faut se conformer à l'ordonnance du sénat de Venise, qui défend l'incision cruciale, et veut que l'opération soit faite de la même manière et avec les mêmes précautions que sur la femme vivante.

La mort de la femme n'exige pas toujours que l'on fasse l'*hystéromotokie*. Si le col de l'utérus était très-souple ou très-dilaté, on pourrait appliquer le forceps ou introduire la main pour retourner l'enfant et le ramener par les pieds. Je crois devoir rapporter ici l'observation de *Rigodeau*, chirurgien militaire à Douai. Cet accoucheur ne put se rendre de suite auprès d'une femme de campagne qui l'avait fait appeler. A son arrivée, on lui dit qu'elle était morte depuis deux heures. Il fit enlever le suaire, et trouvant que les membres avaient conservé leur chaleur et leur souplesse, il toucha cette femme, et reconnut que la poche des eaux était bien formée et bien dilatée, ce qui le détermina à retourner l'enfant pour l'amener par les pieds. Avant de s'en retourner à Douai, il ôta le linge dont on avait enveloppé cette femme, ordonna de continuer à lui donner des soins, et fit promettre aux parens qu'ils ne la feraient enterrer que lorsque les membres seraient devenus roides. « Si la surprise de M. *Rigo-*
« *deau* fut grande, dit *Baudelocque*, en apprenant que l'enfant
« était revenu à la vie, il fut bien plus étonné d'apprendre, sur la fin
« du jour, que la mère était ressuscitée deux heures après son dé-
« part de chez elle. C'était le 8 septembre 1745; la mère et l'enfant
« vivaient encore au mois d'août 1748. »

On peut conclure de ce fait, que l'on ne doit avoir recours à l'opération que dans les cas où les organes ne sont pas disposés favorablement à l'accouchement.

2.° *Etroitesse du bassin.*

Nous avons dit que tous les médecins convenaient que l'opération césarienne devait être faite sur la femme enceinte qui vient de mourir, et que leur opinion avait été sanctionnée par les législateur de différens peuples. Il n'en a pas été ainsi lorsqu'on a fait mention de la pratiquer sur la femme vivante; les avis étaient partagés, et plusieurs accoucheurs l'ont rejetée, parce qu'ils ont cru qu'elle était toujours mortelle. Quand bien même cette opinion serait vraie,

il existe des cas dans lesquels on devrait encore la pratiquer, puisqu'on aurait au moins l'espoir de sauver l'enfant, qui, sans cela, périrait avec sa mère. Mais il est tellement faux que cette opération soit toujours mortelle pour la femme, que c'est au contraire le moyen le plus certain et le mieux indiqué pour sauver ses jours, lorsque le bassin, trop étroit, refuse un passage à l'enfant; nous avons même les exemples de quelques personnes qui ont été opérées plusieurs fois; et de nos jours, M. *Bacqua* l'a faite deux fois sur la même femme.

Dira-t-on, avec quelques esprits prévenus, qu'il n'a jamais existé de bassin assez mal conformé pour rendre l'accouchement impossible? Cette opinion paradoxale nous paraît si ridicule, que nous ne croyons pas devoir la réfuter. C'est une vérité malheureusement bien prouvée, qu'il existe des femmes dont le bassin n'a pas plus de deux pouces et un quart, un pouce et demi, et même six lignes d'étendue d'avant en arrière; comment y faire passer une tête qui a trois pouces et demi dans son plus petit diamètre?

Heister pense qu'il vaudrait mieux faire usage des crochets que de pratiquer l'opération césarienne. Ce conseil est contraire aux principes de l'humanité et d'un art salutaire. Pourquoi sacrifier l'un des individus, quand on peut les conserver tous les deux? Quand on réfléchit à la difficulté de porter les instrumens dans un bassin où l'on ne peut pas introduire la main, on voit que l'on est obligé d'agir au hasard; que les mouvemens réitérés que l'on exécute pour accrocher ou morceler l'enfant; que les tractions et les efforts que l'on fait ensuite pour entraîner des os brisés, pointus, doivent occasionner des contusions, des piqûres et des déchirures à la matrice, et jetter la mère dans le plus grand péril. « J'ai vu pratiquer plusieurs fois « cette opération, dit M. *Giraud*, par les hommes les plus distin- « gués, et les femmes ont succombé immédiatement après. Dans « deux cas, j'ai aidé à faire l'extraction par lambeaux, les femmes « ayant péri peu d'heures après; chez l'une, les intestins traver- « saient la matrice et venaient se présenter devant les lambeaux à

« extraire; et chez l'autre, le vagin et la partie supérieure de la ma-
« trice se trouvaient étrangement déchirés. »

Ces manœuvres ont des suites si terribles, qu'il vaut mieux, lors même qu'on a la certitude de la mort du fœtus, le retirer par l'opération césarienne. Lorsque la nécessité de cette opération est bien reconnue, il faut y recourir dès le commencement du travail, sans attendre, comme le veut M. *Gardien*, que les douleurs se soient soutenues avec assez de force pour opérer l'expulsion par les voies naturelles; car alors la femme serait fatiguée; la matrice irritée, appliquée fortement sur le fœtus, rendrait l'opération plus difficile; en outre, si l'on attendait trop, les douleurs vives, les convulsions, les hémorrhagies, la rupture même de la matrice, qui pourraient survenir, mettraient les jours de la femme en danger, et rendraient les secours de l'art inutiles, parce qu'ils auraient été employés trop tard.

Quelques partisans de la symphyséotomie, exagérant les avantages de cette opération, ont avancé qu'elle pouvait toujours être substituée à l'hystéromotokie. Les praticiens qui ont examiné la chose avec le plus de sagesse, sont bien convaincus du contraire; ils pensent que l'on ne doit rien attendre de la section de la symphyse, toutes les fois que le diamètre antéro-postérieur n'a pas au moins deux pouces et demi d'étendue; car il faudrait que l'écartement des os pubis fût très-considérable, et la distension des ligamens entraînerait des accidens mortels.

Il ne faut pas compter sur le régime que l'on a proposé pour remédier aux vices de conformation du bassin. On voit tous les jours des femmes élevées dans l'abondance accoucher d'enfans maigres et valétudinaires, tandis que des malheureuses, à qui l'extrême pauvreté ne permet de prendre qu'une petite quantité d'alimens grossiers, accouchent d'enfans très-gros et très-forts. La force et le volume des enfans n'est donc pas en raison de la quantité d'alimens prise par la mère.

L'accouchement prématuré n'est pas plus avantageux que le ré-

gime, « Comment s'assurer, dit M. *Capuron*, de l'époque où il faut « provoquer l'accouchement prématuré, puisque la tête étant in- « commensurable dans la matrice, il est impossible d'en assigner « le rapport exact avec le bassin? En outre, l'accouchement pré- « maturé dont il est question ici serait l'effet de manœuvres arti- « ficielles et outrées; on ne pourrait donc en attendre le même ré- « sultat que de l'accouchement naturel qui arriverait à sept ou huit « mois, même plutôt, et après lequel les enfans ont continué de « vivre. Enfin, on ne peut se dissimuler les dangers et les maux « auxquels on exposerait la femme dont la matrice, plus ou moins « violentée, serait forcée de commencer et de terminer brusque- « ment un travail auquel elle ne doit se disposer que lentement « et pendant plus ou moins de temps. » L'accouchement prématuré n'est ni plus sûr ni moins dangereux que l'opération césarienne.

3.° *Exostoses.*

Il peut arriver qu'une femme qui a déjà accouché naturellement soit dans l'impossibilité d'accoucher une autre fois, parce qu'il se sera formé des exostoses assez considérables pour remplir la cavité du bassin. *Severin Pineau* trouva une éminence osseuse fort grosse au côté droit du pubis d'une femme qui était morte sans avoir pu accoucher. *Lassus* rapporte avoir trouvé sur un cadavre deux prolongemens en forme d'apophyse styloïde, long chacun de deux à trois pouces, un peu courbés à leur pointe, et qui naissaient de la face interne de l'un et l'autre os pubis près la symphyse. Quand de pareils obstacles se présentent, l'opération césarienne est le seul moyen auquel on puisse avoir recours. Il est probable que, si on l'eût pratiquée à la femme dont parle M. *Gardien*, on aurait pu lui conserver la vie.

Lorsque les exostoses sont peu volumineuses, elles peuvent permettre à l'accouchement de se terminer; on a vu la tête de l'enfant se mouler sur ces tumeurs osseuses, et franchir le détroit. M. *Da-*

nyau rapporte dans ses leçons qu'il fut appelé pour un accouchement qui durait depuis long-temps, et qui se termina tout seul quelques instans après son arrivée. On remarquait une dépression considérable sur l'un des côtés de la tête de l'enfant, une portion du pariétal avait été enfoncée par une exostose placée sur le sacrum. Un accoucheur, qui entra un moment après, crut que ce sillon avait été fait par une des branches du forceps; il fut fort étonné quand on lui eut dit que cet instrument n'avait pas été appliqué.

4.° *Rétrécissement et occlusion du Vagin.*

Les vices de conformation des parties molles peuvent aussi devenir des obstacles à l'accouchement; mais il est très-rare que le rétrécissement du vagin, qui existe depuis la naissance, ou qui est causé par des ulcérations et des cicatrices carcinomateuses, puisse déterminer à pratiquer l'opération césarienne. *Vaterus* dit pourtant l'avoir faite sur une femme dont tout l'intérieur du vagin était tellement garni de callosités à la suite d'un ulcère, que l'on pouvait à peine y introduire le doigt. *Ledoc* et *Gauthier* firent la même opération le 31 juillet 1754, sur une femme qui avait un bourrelet dur, comme squirrheux et très-épais, qui rétrécissait l'entrée du vagin, au point que le doigt ne pouvait y pénétrer qu'avec beaucoup de peine.

Le vagin jouit d'une si grande élasticité, que, malgré son extrême rétrécissement, on doit toujours espérer qu'il se dilatera au moment de l'accouchement, comme cela est arrivé à la jeune personne dont parle l'Académie des sciences, et à la dame dont *Harvée* nous a transmis l'histoire.

La dureté et la callosité d'une vieille cicatrice ne sont pas non plus un obstacle invincible. Si la dilatation ne se faisait pas, on pourrait employer un *speculum* et inciser les brides, à l'exemple de *Guillemeau*, ou même emporter les callosités, comme le fit *Lamotte*.

Si le vagin était entièrement fermé, soit par l'adhésion de ses

parois, soit par des cloisons membraneuses, il faudrait faire une incision qui rétablît l'ouverture et permît à la tête de passer.

5.° *Squirrhe, cancer et occlusion du col de l'Utérus.*

Le col de l'utérus peut avoir acquis un état de dureté tel, que sa dilatation soit devenue tout-à-fait impossible; mais avant d'entreprendre l'hystérotomie, il faut être sûr que la dilatation ne pourra pas se faire : ces cas exigent la plus grande circonspection; car on a souvent observé que des femmes, que l'on croyait d'abord ne pouvoir pas accoucher, ont fini par mettre leur enfant au monde. J'en ai vu une sur laquelle j'avais porté un fâcheux prognostic, d'après l'état où j'avais trouvé le col de l'utérus; et qui a été accouchée heureusement.

M. A. Gaillard, âgée de trente ans, avait eu trois accouchemens laborieux, dans lesquels ses enfans étaient tous venus morts. Elle était au septième mois de sa quatrième grossesse, lorsque, dans la nuit du 10 au 11 avril 1816, la poche des eaux se rompit.

Le 11 au matin, je la trouvai sans douleur; le col avait presque toute sa longueur, la circonférence de son ouverture était garnie de trois tubercules très-saillans et très-durs, séparés par des sillons étroits; le doigt, introduit dans l'ouverture du col, ne pouvait parvenir jusqu'à l'enfant. En palpant l'abdomen, je trouvai que l'utérus avait plus d'étendue transversalement que de haut en bas.

Pendant la nuit et la journée du 12, il n'y eut rien de remarquable, si ce n'est l'écoulement d'une demi-pinte, à peu près, d'eau sanguinolente.

M. *Danyau*, que j'avais fait appeler, dit qu'il fallait attendre, que le col finirait par se dilater, et qu'on pourrait alors terminer l'accouchement. A neuf heures du soir, quelques petites douleurs se firent sentir; deux heures après, le col était un peu dilaté et ramolli. On reconnut que l'enfant présentait l'épaule droite. Les douleurs continuèrent toute la nuit.

Le 13, à quatre heures du matin, les tubercules étaient entièrement effacés; à sept heures, le col était assez dilaté pour permettre l'introduction de la main. M. *Danyau* alla chercher les pieds, et termina l'accouchement. L'enfant vécut trois quarts-d'heure; la femme fut transportée à l'Hôtel-Dieu, d'où elle est sortie bien portante au bout de huit jours.

Levret communiqua à *Simon* l'observation suivante : « Une femme, « âgée de trente-cinq ans, qui était déjà accouchée plusieurs fois « assez facilement, avait depuis long-temps un écoulement sanieux, « causé par un ulcère carcinomateux au col de la matrice. Cette « femme devint grosse, et elle accoucha au terme de huit mois; mais « elle fut six jours en travail, parce qu'il ne pouvait y avoir de dila- « tation au col de la matrice, qui était fort dur; le septième jour, elle « accoucha d'un enfant mort; elle ne survécut pas long-temps à cet « accident. »

Si, malgré les efforts du travail, le col ne se dilatait pas, il faudroit le debrider. Le docteur *Simson* a été obligé de faire plusieurs incisions sur la circonférence du col, qui formait un anneau cartilagineux. Il ne s'écoula pas une goutte de sang; la malade ne ressentit aucune douleur. L'auteur assure que la mort de cette femme, qui arriva vingt-quatre heures après, fut causée par une douleur de côté et une fièvre aiguë produite par une grande quantité de liqueur qu'elle avait bue.

Baudelocque cite un fait qui a été communiqué à l'Académie de Chirurgie par *Dubosq*. Depuis deux jours, la femme était dans les convulsions. Les bords de l'orifice, ouverts de la largeur d'un écu de six livres, étaient comme calleux. Après l'incision, l'accouchement se termina. L'enfant était mort, mais la femme s'est rétablie.

Une dame, qui avait un cancer à l'utérus, devint enceinte. M. *Danyau*, qui fut appelé à l'époque de l'accouchement, reconnut que le col était dur, épais, inégal, ulcéré et peu dilaté; le cordon ombilical s'était engagé dans son ouverture, la poche des eaux s'était rompue dès le commencement du travail. *Baudelocque* et M. *Dubois*

furent appelés en consultation ; le premier proposa l'incision de l'utérus; elle ne fut pas faite, parce que M. *Dubois* remarqua qu'on n'avait point senti de battement au cordon ombilical, que la femme était réduite à une faiblesse extrême, que par conséquent l'opération ne pouvait être salutaire à aucun des deux individus. Le lendemain, le col s'étant un peu dilaté, l'accouchement se termina; l'enfant était putréfié, la tête était allongée comme si elle eût passé à travers une filière étroite. La femme succomba quelques jours après.

Une grande obliquité de la matrice peut donner lieu à l'opération césarienne vaginale, comme *Baudelocque* en donne des exemples. M. *Hénance* l'a pratiquée dans une chute complète de la matrice, au moment de l'accouchement.

Enfin on a trouvé le col de l'utérus entièrement fermé : on conçoit que l'on ne peut remédier à cette lésion que par l'hystérotomie. *Lauverjat*, qui a rencontré un cas semblable dans sa pratique, a fait l'opération avec le plus heureux succès.

4.° *Tumeurs stéatomateuses.*

Fabrice de Hilden, Amand, Bartholin, Baudelocque, ont observé des tumeurs stéatomateuses qui remplissaient la cavité du bassin. M. *Danyau* m'a communiqué l'observation d'une femme qui en portait une si volumineuse, que l'accouchement était devenu impossible : il fut terminé au moyen du crochet.

Quand la base de ces tumeurs est large, adhérente au col de l'utérus, de la vessie, ou à la partie antérieure du sacrum, il vaut mieux pratiquer l'opération césarienne que d'en essayer l'extirpation ; mais quand elles sont placées dans le vagin, on peut les enlever. C'est ce que *Soumain* a fait avec le plus grand succès.

On trouve dans la Clinique chirurgicale de M. le professeur *Pelletan*, l'observation d'une tumeur qui s'était engagée dans le bassin en même-temps que la tête de l'enfant; l'accoucheur parvint à la repousser au-dessus du détroit supérieur, et l'accouchement se termina naturellement.

7.° *Hernies de l'Utérus.*

Nous avons quelques exemples de hernies de l'utérus. M. le professeur *Lallement* a donné l'observation d'une femme qui avait eu plusieurs enfans, et qui portait depuis une tumeur dans l'aine : en introduisant le doigt dans l'intérieur du vagin, on reconnaissait qu'il avait une obliquité extraordinaire ; on ne trouvait plus le col de l'utérus, et la partie supérieure du vagin qui s'y implante. Depuis, le même professeur a eu occasion d'observer une autre hysterocèle. *Rousset* rapporte qu'une femme, s'étant fait opérer d'une hernie, devint enceinte quelque temps après ; l'utérus sortait par la cicatrice : elle ne voulut pas se faire opérer une seconde fois ; elle se contenta de soutenir la tumeur avec un bandage ; elle accoucha heureusement. *Ruisch* rapporte une observation plus extraordinaire : l'utérus descendait jusque sur les genoux ; la sage-femme put en faire la réduction, l'accouchement se termina par les seuls efforts de la nature.

Dans ces deux observations, il est probable que les femmes avaient des éventrations, puisque l'ouverture par laquelle l'organe s'était échappé était assez grande pour lui permettre de rentrer dans son état de développement. Les circonstances n'ont pas été aussi heureuses pour les deux femmes dont parle *Sennert*. Une pauvre femme de Yssa en Silésie étant devenue enceinte, remarqua qu'elle avait à l'aine gauche une tumeur qui augmentait, et qui devint si considérable, qu'elle descendait jusqu'aux genoux. On reconnut que c'était l'utérus rempli d'un enfant. Le sénat de Yssa fit assembler les médecins et les chirurgiens, qui décidèrent qu'il fallait inciser la tumeur quand le travail commencerait. Cette femme succomba aux suites de l'opération. Cette histoire est tirée de *Doringius*, Epist. ad *Fabricium*. *Sennert* donna des soins à la femme d'un tonnelier, qui, en courbant une perche, se fit une hernie à l'aine gauche ; on reconnut qu'elle était formée par la matrice, dans laquelle on sentait les mouvemens d'un enfant. Elle était obligée de la soutenir avec un suspensoir qui prenait son point d'appui sur les épaules. Elle mourut vingt jours après l'opération ; l'enfant vécut neuf ans.

8.° *Grossesse extra-utérine.*

Il est rare que les grossesses extra-utérines arrivent à terme; ordinairement la trompe se rompt à l'époque de trois ou quatre mois, et l'enfant tombe dans l'abdomen. *Haller* ne cite qu'un exemple de grossesse extra-utérine venue à terme ; il n'en donne aucun détail. M. *Leroux*, de Dijon, parle d'un autre qui lui a été communiqué par M. *Marchand;* il n'en fait pas connaître les circonstances.

Quand le fœtus périt, et qu'il se dessèche, se racornit, se réduit en momie, la femme peut vivre long-temps en bonne santé; mais s'il se putréfie, elle ne tarde pas à éprouver des accidens, les parties environnantes baignées dans un ichor sanieux s'enflamment, s'ulcèrent ; il se forme des abcès par où sortent des fragmens de fœtus putréfiés, comme cela est arrivé dans les observations rapportées par *Camerarius*, *Santorini*, *Abraham Cyprianus*, *Littre*, etc. MM. *Béclard* et *Danyau* ont eu occasion d'extraire par le rectum un fœtus putréfié.

Dans les cas de grossesse extra-utérines, les opérateurs ont été retenus par la crainte des hémorrhagies; « car elles seraient, selon moi, « dit *Levret*, très-dangereuses à cause de l'hémorrhagie qui suivrait « nécessairement le décollement du placenta de la partie où il se « trouvait implanté, aucune partie du bas-ventre n'ayant alors la « faculté de se contracter alors subitement à un degré si considé- « rable que la matrice. »

Quelques praticiens ont conseillé d'extraire l'enfant, de retenir le cordon ombilical à l'ouverture de la plaie, et de n'extraire le placenta que lorsqu'il s'est détaché et vient se présenter à la plaie.

9.° *Rupture de l'Utérus.*

Lorsque l'utérus a été rompu par les violens efforts qu'il a faits pour expulser le produit de la conception, et que ce dernier est passé

dans le ventre, l'enfant est perdu sans ressource, et la mère dans le plus grand péril, si on ne pratique pas de suite l'opération césarienne. Si la conservation de l'enfant devait seule nous occuper, il n'y a pas de doute qu'il ne fallût opérer promptement; mais nous devons aussi conserver la vie de la femme: il s'agit de savoir s'il serait plus avantageux pour elle d'attendre, après la dissipation des accidens primitifs déterminés par la rupture, que le développement des accidens secondaires manifestât l'intention de la nature sur le lieu où il faut opérer, et par lequel elle s'efforce d'expulser les corps étrangers.

Si la femme montre assez de force morale pour se soumettre sans délai à l'opération, le devoir nous prescrit impérieusement d'opérer, car les observations de *Mauriceau*, de *Guillemeau*, de *Dionis*, etc., font voir que sans cela sa perte est assurée. A la vérité, quelques observations montrent des femmes qui ont vécu long-temps sans succomber; mais le reste de leurs jours s'est passé dans les douleurs, en luttant contre des accidens qui les conduisirent lentement au tombeau. Enfin, s'il en est quelques-unes qui ont échappé, ce n'est qu'à l'aide d'opérations analogues.

Le danger n'existe pas seulement pour celles dont l'enfant est passé tout entier dans le ventre, puisque celles qui, après la rupture, ont été accouchées par la voie naturelle, sont mortes quelque temps après. *Guillemeau* a vu mourir une femme le jour même; *Peu*, le huitieme jour; *Deleurye*, au bout de quinze heures. Le danger dépend aussi de l'épanchement du sang, des eaux de l'amnios, de l'invagination des intestins dans la plaie.

Quel a été le sort des femmes qui ont survécu au passage de l'enfant dans l'abdomen? La matrice déchirée, froissée, enflammée, baignée dans un ichor putride et sanieux, s'ulcère; il se forme des abcès, des fistules, des invaginations d'intestins; la gangrène s'empare des plaies; des douleurs continuelles tourmentent ces malheureuses, et les forcent à invoquer la mort, qui vient enfin mettre un terme à leurs souffrances. Quant à celles qui ont été guéries, nous

l'avons déjà dit, ce n'est qu'au moyen d'opérations non moins dangereuses que l'opération césarienne.

Nous ne connaissons pas un exemple de fœtus sorti par la crevasse, qui se soit racorni, desséché et réduit en momie, comme cela arrive quelquefois dans les grossesses extra-utérines; aussi le danger est-il beaucoup plus grand dans la rupture.

Faudra-t-il donc attendre que la nature ait formé des abcès, des épanchemens, pour indiquer le lieu où l'opération doit être faite? Si on opère dès le premier moment, cela ne pourra-t-il pas arrêter la marche des accidens primitifs, et prévenir la naissance des autres? Tout retard expose la femme à une mort prompte, ou à des maux affreux : en opérant de suite, on assure la vie de l'enfant, on prévient tous les accidens dont nous avons parlé. Il ne faut pas craindre d'ajouter les dangers de l'opération à ceux des accidens survenus, l'expérience a prouvé que ces craintes étaient vaines.

Chevreuil a communiqué à l'Académie de Chirurgie, en 1782, l'histoire d'une femme qui mourut vingt-quatre heures après la gastrotomie; on croyait qu'elle aurait succombé avant ou pendant l'opération. Après qu'on eut retiré l'enfant, les accidens de la rupture se calmèrent tellement, que la malade put goûter quelques momens de repos, et qu'on eut quelques instans l'espoir de la sauver. Le 5 octobre 1767, *Thibaud-Desbois* opéra la femme d'un notaire du Mans; il n'y eut aucun accident; la guérison fut complète au bout de quinze jours. *Lambron* l'a pratiquée deux fois sur la femme d'un vigneron : la première fois, c'était le 9 août 1775, dix-huit heures après la rupture; la seconde fois, le 30 décembre 1779. Deux ans après, cette femme accoucha naturellement.

Dumay, chirurgien de Fontenay-le-Comte, fit la même opération, quoique l'enfant n'eût pas pénétré dans le ventre. Le trentième jour, la plaie n'avait pas plus d'étendue qu'une pièce de douze sous.

Crantz dit que, dans le cas de rupture où la tête seule est passée dans le ventre, il faut recourir à l'opération césarienne; et, lorsque

c'est une autre partie de l'enfant qui a passé dans la rupture, qu'il faut essayer de retirer l'enfant par les voies ordinaires.

Les exemples rapportés ci-dessus prouvent que l'on peut espérer de réussir; d'ailleurs, si, dans les cas graves, on ne se conduisait que par la certitude du succès, oserait-on entreprendre l'opération de la lithotomie, du bubonocèle, etc?

CONCLUSION.

L'opération césarienne abdominale, quoique terrible, doit être pratiquée dans quelques circonstances, heureusement fort rares. 1.° Après la mort de la femme, lorsque le col de l'utérus n'est pas assez dilaté pour permettre le passage de l'enfant. 2.° Lorsque la femme est vivante, et que le bassin est rétréci, soit par un vice de conformation, soit par des tumeurs osseusses ou stéatomateuses. 3.° Dans des cas d'hystérocèle irréductible. 4.° Dans les cas de grossesse extra-utérine et de rupture de la matrice. Le chirurgien qui, par timidité, refuserait ou ne conseillerait pas l'opération, surtout lorsque les femmes la demandent, comme les deux infortunées dont parlent *Fabrice de Hilden* et *Saviard*, mériterait d'être accusé de barbarie. Celui qui se livre à l'art de guérir ne doit rien omettre de ce qu'il croit pouvoir servir à la conservation de ses malades; comment serait-il donc permis d'abandonner au sort qui les menace les malheureuses femmes dont nous parlons? On ne doit point être arrêté par la crainte de ne pas réussir; celui qui a employé, même inutilement, toutes les ressources de l'art, n'a rien à se reprocher; il trouve dans sa conscience la consolation d'avoir fait son devoir, et se met au-dessus des clameurs de la calomnie.

Conscia mens recti famæ mendacia ridet.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Ex editione* THEODORI JANSSONII, AB ALMELOVEEN.)

I.

Si mulieri purgationes non prodeant, neque horrore, neque febre superveniente, cibi autem fastidia ipsi accidant, hanc in utero gerere putato. *Sect. 7, aph.* 61.

II.

Quæcumque in utero gerentes à febribus corripiuntur, et vehementer attenuantur absque manifestâ occasione, difficulter et periculosè pariunt, aut abortientes periclitantur. *Ibid., aph.* 35.

III.

Mulieri in utero gerenti si multùm lactis ex mammis fluxerit, infirmum fœtum significat. Si verò solidæ fuerint mammæ, saniorem fœtum significat. *Ibid., aph.* 52.

IV.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Ibid., aph.* 37.

V.

Mulieri in utero gerenti si alvus multùm fluxerit, periculum ne abortiat.